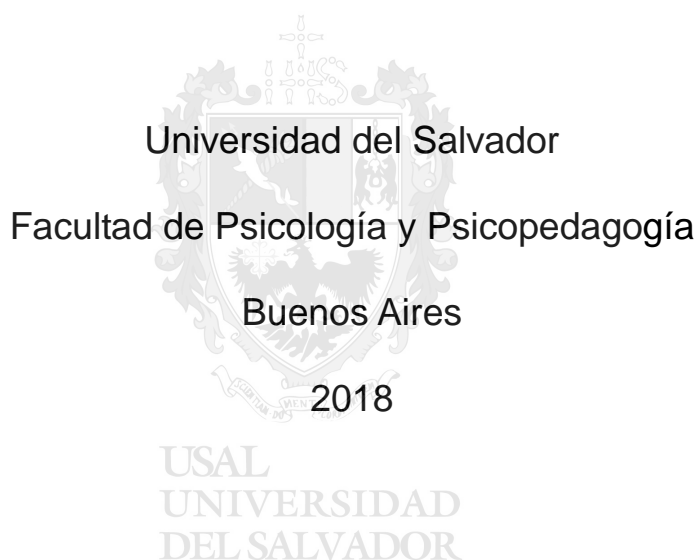


**Comportamientos Concordantes con Trastornos
Alimentarios y Red Vincular En Estudiantes Fuegoños
Migrantes**

Lic. Fabiana del Carmen Vargas



Directora: Liliana Fasano, Dra. en Psicología

Co-Directora: Ana Kohan Cortada, Dra. en Psicología



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

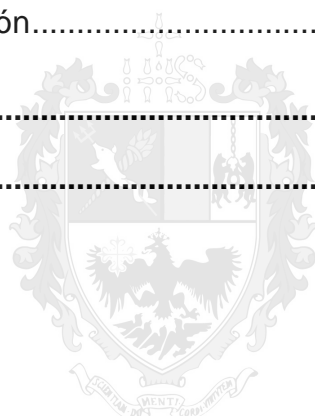
INDICE

AGRADECIMIENTOS	13
RESUMEN.....	15
INTRODUCCION.....	17
CAPITULO I	23
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA).....	23
Definición y Criterios Diagnósticos.....	23
ANOREXIA NERVIOSA (AN)	24
Criterios diagnósticos para AN según DSM IV:	25
Criterios diagnósticos para AN según CIE-10	26
BULIMIA NERVIOSA (BN)	27
Criterios diagnósticos para BN según DSM IV:	28
Criterios diagnósticos para BN según CIE-10	29
Definición de Anorexia y Bulimia según diversos autores	30
Alteraciones de la conducta alimentaria (ACA)	33
Modelos explicativos	35
Modelo multicausal.....	35
Modelo Bioconductual de la Anorexia.	40
Enfoque conductual-cognitivo	41
Explicaciones del Psicoanálisis	44
Psicosomática	51
Desde la Teoría Sistémica	52
Historia de los conceptos	55
Historia de la Anorexia Nerviosa	55
Historia de la Bulimia Nerviosa.....	62
Epidemiología	66
Prevalencia e incidencia.....	67
El acto de comer y su relación con los TCA.....	72
Factores de riesgo para AN y BN.....	76

Factores Biológicos	77
Factores socioculturales.....	82
Factores Psicológicos.....	91
Factores familiares	99
El atracón en la BN	111
Conductas compensatorias.....	113
Bulimia e impulsividad.....	113
La imagen corporal y el esquema corporal	115
La distorsión de la imagen corporal.....	118
Diagnóstico diferencial de los TCA	120
Diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos	121
Diagnóstico diferencial con trastornos orgánicos	122
Síntomas comportamentales de la AN	122
Complicaciones físicas de los TCA.....	123
Sintomatología Básica de los TCA.....	125
Curso y Pronóstico de los TCA.....	128
Tratamiento de los TCA	129
La anorexia y la Bulimia en la red: Ana-Mia	145
Conclusión	149
CAPITULO II	151
RED VINCULAR	151
Definiciones	151
Conceptos Relacionados	160
Red Social	160
Apoyo Social	163
Capital Social	167
Lo social y su relación con la salud.....	170
Evaluación de Red Vincular de Sostén realizada por R. Zukerfeld y R. Zonis Zukerfeld en Argentina	175
Conclusión	178

CAPITULO III	181
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS FUEGUINOS Y MIGRACION	181
Características generales de la provincia de Tierra del Fuego	181
Reseña histórica y económica.....	182
Datos Poblacionales.....	189
Otros datos.....	193
Jóvenes universitarios de Tierra del Fuego.....	195
El rol del estado en la educación superior	205
Conclusión	210
CAPITULO IV	211
METODOLOGÍA	211
Justificación	211
Objetivos	213
General.....	213
Específicos	213
Hipótesis	215
Participantes	215
Descripción de la muestra.....	215
Diseño.....	216
Instrumentos de recolección de datos	216
Inventario de Conductas Alimentarias	216
Escala de Red Vincular	221
Procedimiento de puntuación de instrumentos	223
Recolección de los Datos.....	227
Consideraciones Éticas.....	227
CAPITULO V	229
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	229
Perfil demográfico de los encuestados	229
Edad.....	229
Sexo	231

Año que cursa	231
Carrera que cursa	233
Perfil de encuestados de acuerdo con los Puntajes obtenidos en el Inventario de Conductas Alimentarias y la Escala de Red Vincular	234
Inventario de Conductas Alimentarias	234
Escala de Red Vincular	252
Correlaciones	265
Diferencias significativas	321
Hipótesis	330
Discusión	334
Conclusión	346
Transferencia de resultados y aplicaciones	354
Nuevas líneas de investigación	355
BIBLIOGRAFIA.....	357
ANEXOS	385



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

INDICE DE TABLAS

Perfil demográfico de los estudiantes encuestados

Tabla 1 Edad de los encuestados	23030
Tabla 2 Distribución por edad	23130
Tabla 3 Sexo de los encuestados	23231
Tabla 4 Distribución por sexo.....	23031
Tabla 5 Año que cursa el encuestado	23132
Tabla 6 Distribución por año	23232
Tabla 7 Año que cursa agrupado	23033
Tabla 8 Distribución por año que cursa agrupado	23033

Perfil de los estudiantes de acuerdo con los puntajes obtenidos en el ICA y en la Escala de Red Vincular

Tabla 9 Subescala Deseos de Adelgazar	23034
Tabla 10 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Deseos de Adelgazar.....	23135
Tabla 11 Subescala Bulimia.....	23236
Tabla 12 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Bulimia	23036
Tabla 13 Subescala Insatisfacción Corporal.....	23137
Tabla 14 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Insatisfacción Corporal	23238
Tabla 15 Subescala Ineficacia	23039
Tabla 16 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Ineficacia	23139
Tabla 17 Subescala Perfeccionismo.....	23040
Tabla 18 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Perfeccionismo	23141
Tabla 19 Subescala Desconfianza.....	23042
Tabla 20 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Desconfianza.....	23142
Tabla 21 Subescala Alexitimia	23043
Tabla 22 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Alexitimia	23144
Tabla 23 Subescala Miedo a crecer.....	23045
Tabla 24 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Miedo a Crecer	23145
Tabla 25 Subescala Ascetismo	23046
Tabla 26 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Ascetismo	23147
Tabla 27 Subescala Impulsividad	23048
Tabla 28 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Impulsividad.....	23148
Tabla 29 Subescala Inseguridad Social	23049
Tabla 30 Distribución de Puntajes Brutos Subescala Inseguridad Social	23150

Tabla 31 Apoyo Familiar	23053
Tabla 32 Distribución de Puntajes Parciales Apoyo Familiar	23153
Tabla 33 Apoyo Extrafamiliar	23054
Tabla 34 Distribución de Puntajes Parciales Apoyo Extrafamiliar	23154
Tabla 35 Puntaje Total de Apoyo.....	23055
Tabla 36 Distribución de Puntaje Total de Apoyo	23156
Tabla 37 Estrés Familiar	23057
Tabla 38 Distribución de Puntajes Parciales Estrés Familiar	23157
Tabla 39 Estrés Extrafamiliar	23058
Tabla 40 Distribución de Puntajes Parciales Estrés Extrafamiliar	23059
Tabla 41 Puntaje Total de Estrés	23160
Tabla 42 Distribución de Puntaje Total de Estrés.....	23060
Tabla 43 Red de Sostén Vincular	23161
Tabla 44 Distribución de Puntajes Red de Sostén Vincular	23062
Tabla 45 Percepción de Sostén Vincular	23163
Tabla 46 Categorización de la Percepción de Sostén Vincular.....	23063
Tabla 47 Percepción de Sostén Vincular Agrupado	23164
Tabla 48 Categorización de la Percepción de Sostén Vincular Agrupado	23064

Correlaciones entre sí de las subescalas del ICA

Tabla 49 Correlación 1-Subescala Deseos de Adelgazar	23167
Tabla 50 Correlación 2-Subescala Bulimia	23168
Tabla 51 Correlación 3-Subescala Insatisfacción Corporal	23169
Tabla 52 Correlación 4-Subescala Ineficacia.....	23170
Tabla 53 Correlación 5-Subescala Perfeccionismo	23171
Tabla 54 Correlación 6-Subescala Desconfianza	23172
Tabla 55 Correlación 7-Subescala Alexitimia.....	23173
Tabla 56 Correlación 8-Subescala Miedo a crecer	23174
Tabla 57 Correlación 9-Subescala Ascetismo.....	23175
Tabla 58 Correlación 10-Subescala Impulsividad	23176
Tabla 59 Correlación 11-Subescala Inseguridad Social.....	23177

Correlaciones entre sí de las dimensiones de la Escala de Red Vincular

Tabla 60 Correlación 12-Puntaje Parcial Apoyo Familiar	23179
Tabla 61 Correlación 13-Puntaje Parcial Apoyo Extrafamiliar	23180
Tabla 62 Correlación 14-Puntaje Parcial Estrés Familiar	23180
Tabla 63 Correlación 15-Puntaje Parcial Estrés Extrafamiliar	23181
Tabla 64 Correlación 16-Puntaje Total Estrés	23182
Tabla 65 Correlación 17-Puntaje Total Apoyo	23182

Correlaciones entre las diferentes subescalas del ICA y los aspectos que componen la Escala de Red Vincular

Tabla 66 Correlación 18-ICA-Puntaje Parcial Apoyo Familiar	23184
Tabla 67 Correlación 19-ICA-Puntaje Parcial Apoyo Extrafamiliar	23185
Tabla 68 Correlación 20-ICA-Puntaje Parcial Estrés Familiar	23186
Tabla 69 Correlación 21-ICA-Puntaje Parcial Estrés Extrafamiliar	23187
Tabla 70 Correlación 22-ICA-Puntaje Total Estrés	23188
Tabla 71 Correlación 23-ICA-Puntaje Total Apoyo	23189

Correlación entre las subescalas del ICA entre sí discriminados en función del Nivel de Percepción de Red Vincular

Tabla 72 Correlación 24-Nivel de Percepción de Red Vincular	23190
Tabla 73 Correlación 25-Subescala Deseos de Adelgazar	23191
Tabla 74 Correlación 26-Subescala Bulimia	23193
Tabla 75 Correlación 27-Subescala Insatisfacción Corporal	23195
Tabla 76 Correlación 28-Subescala Ineficacia	23197
Tabla 77 Correlación 29-Subescala Perfeccionismo	23199
Tabla 78 Correlación 30-Subescala Desconfianza	301
Tabla 79 Correlación 31-Subescala Alexitimia	303
Tabla 80 Correlación 32-Subescala Miedo a crecer	305
Tabla 81 Correlación 33-Subescala Ascetismo	307
Tabla 82 Correlación 34-Subescala Impulsividad	309
Tabla 83 Correlación 35-Subescala Inseguridad Social	311

Correlación entre los aspectos de la Escala de Red vincular entre sí discriminados en función del Nivel de Percepción de Red Vincular

Tabla 84 Categorización Red de Sostén	312
Tabla 85 Correlación 36-Apoyo Familiar.....	313
Tabla 86 Correlación 37-Apoyo Extrafamiliar.....	315
Tabla 87 Correlación 38-Estrés Familiar.....	316
Tabla 88 Correlación 39-Estrés Extrafamiliar.....	317
Tabla 89 Correlación 40-Estrés Total.....	318
Tabla 90 Correlación 41-Apoyo Total.....	320

Diferencias Significativas

Tabla 91-Año de cursada.....	321
Tabla 92-Puntajes Promedio ICA.....	322
Tabla 93-Prueba de muestras independientes ICA	323
Tabla 94-Puntajes Promedio Escala de Red Vincular.....	324
Tabla 95-Prueba de muestras independientes Escala de Red Vincular	324
Tabla 96-Distribución por sexo de los encuestados.....	325
Tabla 97-Puntajes Promedio ICA.....	327
Tabla 98-Prueba de muestras independientes ICA	328
Tabla 99-Puntajes Promedio Escala de Red Vincular.....	329
Tabla 100-Prueba de muestras independientes Escala de Red Vincular	329

Hipótesis

Tabla 101-Puntajes Promedio ICA-Nivel de Percepción de Red Vincular	332
Tabla 102-Prueba de muestras independientes	333

INDICE DE FIGURAS Y GRAFICOS

Figura 1- Modelo Biopsicosocial para la AN	36
Figura 2- BN y AN: Variables dimensionales epidemiológicas.....	69
Gráfico 1-Edad de los encuestados.....	23130
Gráfico 2-Sexo de los encuestados.....	23131
Gráfico 3-Año que cursa.....	23132

Gráfico 4-Año que cursa agrupado.....	23133
Gráfico 5-Puntaje Bruto Subescala Deseos de Adelgazar.....	23135
Gráfico 6-Puntaje Bruto Subescala Bulimia.....	23137
Gráfico 7-Puntaje Bruto Subescala Insatisfacción Corporal	23138
Gráfico 8-Puntaje Bruto Subescala Ineficacia	23140
Gráfico 9-Puntaje Bruto Subescala Perfeccionismo	23141
Gráfico 10-Puntaje Bruto Subescala Desconfianza.....	23143
Gráfico 11-Puntaje Bruto Subescala Alexitimia.....	23144
Gráfico 12-Puntaje Bruto Subescala Miedo a Crecer	23146
Gráfico 13-Puntaje Bruto Subescala Ascetismo	23147
Gráfico 14-Puntaje Bruto Subescala Impulsividad.....	23149
Gráfico 15-Puntaje Bruto Subescala Inseguridad Social	23150
Gráfico 16-Puntaje Parcial Apoyo Familiar	23153
Gráfico 17-Puntaje Parcial Apoyo Extrafamiliar	23155
Gráfico 18-Puntaje Total de Apoyo	23156
Gráfico 19-Puntaje Parcial Estrés Familiar.....	23158
Gráfico 20-Puntaje Parcial Estrés Extrafamiliar.....	23159
Gráfico 21-Puntaje Total de Estrés	23161
Gráfico 22-Red de Sostén Vincular	23162
Gráfico 23-Percepción Red de Sostén Vincular	23163
Gráfico 24-Percepción Red de Sostén Vincular Agrupada	23164



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que de alguna u otra manera han hecho posible la realización de este trabajo.

En primer lugar, a quién se ha desempeñado como directora de esta tesis la Dra. Liliana Fasano. Deseo reconocer su trabajo y dedicación, así como sus sugerencias y observaciones, siempre motivadoras y oportunas.

También quiero agradecer enormemente el apoyo y acompañamiento recibido de mi Co-Directora de Tesis la Dra. Ana Kohan Cortada por todo el aporte metodológico para el desarrollo del presente trabajo, así como sus sabias palabras estimulando permanentemente la continuidad del mismo.

Un reconocimiento especial a mi compañero de ruta Martín por todo su amor, comprensión y apoyo recibido para seguir adelante con este proyecto, “contra viento y marea...”

Gracias infinitas a uno de los tesoros más grande que tengo: mi hijo Mateo, por el amor, la paciencia y comprensión que ha tenido con su corta edad, por el tiempo de juego postergado...

A mi madre Blanca, quien me enseñó el valor del esfuerzo y la perseverancia; a mis

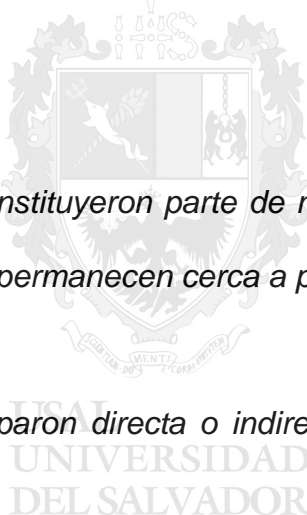
hermanas Beatriz y Ofelia; a mis hermanos José e Ignacio y a mi cuñado Pablo que siempre se mostraron dispuestos para brindar su ayuda y colaborar con este proyecto. Constituyen una parte importante de mi red.

Gracias a mis compañeros y directivos del Programa “Proyecto Joven”, que permitieron y colaboraron en la captación de estudiantes para formar la muestra, como así también, mi agradecimiento a cada estudiante que accedió de forma voluntaria a participar.

A Silvia, mi hermana del alma, con quien transité los avatares de la época universitaria.

A Patricia y Ayelén quienes constituyeron parte de mi red vincular de sostén en mi época de estudiante y aún hoy permanecen cerca a pesar de la distancia geográfica.

Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis...¡¡¡¡¡Gracias!!!!!!



RESUMEN

El propósito de la presente investigación consistió en la descripción y análisis de las características y puntajes de comportamientos concordantes con trastornos alimentarios y la red vincular de sostén en una muestra de estudiantes universitarios fueguinos migrantes en CABA, con la finalidad de verificar si los comportamientos concordantes con trastornos alimentarios aumentan si existe un nivel de percepción de red vincular deficitario. Se trabajó con una muestra de 120 estudiantes fueguinos de carreras terciarias y universitarias residentes en C.A.B.A, cuyas edades estaban comprendidas entre los 18 y 25 años. El tipo de investigación que se llevó a cabo fue cuantitativo con alcance descriptivo, correlacional, con un diseño no experimental y transversal. Se aplicó a la muestra en forma simultánea el Inventario para la evaluación de conductas alimentarias en una adaptación del Inventario de Desórdenes en la Alimentación (EDI) desarrollado en la Universidad de Toronto por el profesor David Garner. (1991) realizada en nuestro país por María Martina Casullo y Marcelo Pérez (2003) y la Escala de Soporte y Estrés de la Universidad de Duke (Pakerson, 1989) para indagar sobre Red de Sostén Vincular, en una adaptación utilizada en nuestro país por los Doctores Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld (1995). Si bien más de la tres cuarta parte (85%) de los alumnos encuestados, perciben que su Red de Sostén Vincular es Buena y Muy buena, los hallazgos de esta investigación muestran que la Percepción de una Red Vincular Pobre y Muy Pobre de los alumnos encuestados, influye en la preocupación por la dieta y el peso, en los excesos en las comidas, en la autoexigencia, en la desconfianza en los otros y en el desprecio por el placer, comportamientos que se pueden considerar predisponentes para el desarrollo de un trastorno del comportamiento alimentario. Por lo tanto, a mayor percepción de apoyo disminuyen los puntajes informados por los estudiantes en las subescalas del Inventario de Conductas Alimentarias, lo que resalta la importancia del acompañamiento durante proyecto vocacional de los jóvenes por parte de familiares y amigos. Una red de contención deficitaria influye en una mayor relación entre sí de los comportamientos concordantes con trastornos alimentarios y genera como consecuencia un mayor puntaje en las subescalas Deseos de adelgazar, Bulimia, Perfeccionismo, Desconfianza y Ascetismo del ICA.

Palabras claves: Trastornos del comportamiento Alimentario. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Red Vincular, Migración, estudiantes, vulnerabilidad.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

INTRODUCCION

El propósito del presente estudio es analizar la posible relación entre comportamientos concordantes con trastornos alimentarios y la red vincular de sostén en estudiantes fueguinos que han migrado a la ciudad de Buenos Aires para continuar estudios superiores. Se sabe que el desarraigo, la adaptación a una nueva ciudad y los desafíos que presenta la etapa estudiantil universitaria pueden generar y/o potenciar un padecimiento para los jóvenes. El tema es abordado desde la perspectiva de una investigadora fueguina que transitó, en sus años de estudios universitarios, la experiencia del desarraigo y la distancia, y la cercanía del padecimiento de un trastorno alimentario de una integrante de mi grupo de estudio.

Finalizando la educación media, algunos estudiantes deciden continuar sus estudios en el seno de las instituciones de educación superior. Se trata de un momento de transición, que abre sin duda un panorama de nuevas exigencias y posibilidades, lo que Giddens califica de “momentos decisivos.”

Momentos decisivos son ocasiones en las cuales los eventos se unen de forma tal, que el individuo se encuentra ante una encrucijada en su existencia, o donde una persona adquiere información que trae consecuencias decisivas para él o ella. Estos momentos pueden darse en puntos de transición reconocidos; pero su importancia radica en la interacción entre el riesgo y la oportunidad que ellos representan. (Giddens, 1991).

La fase de transición ha sido descrita por A. Coulon como un momento de

ruptura: tanto de las condiciones existenciales, como de la vida afectiva y sobre todo una ruptura psicopedagógica. Esta última es la más relevante porque los estudiantes se encuentran en la universidad con una metodología en las clases y en las evaluaciones, muy diferente a la que conocían. Mientras en la educación anterior, se desenvolvían en un entorno familiar, donde tanto los profesores como los estudiantes se conocían entre sí, la universidad es lo que Coulon llama “el tiempo del anonimato.” (Coulon, 1997).

En términos del momento del ciclo vital en que se encuentran, la mayoría de los estudiantes universitarios están cursando la adolescencia tardía. Siguiendo a Florenzano (2005), en la adolescencia tienden a emerger con particular intensidad algunos problemas de salud mental que no se presentan con tanta frecuencia en etapas previas, como los trastornos del estado de ánimo y trastornos ansiosos. Se acentúan las conductas de riesgo como el consumo abusivo y la dependencia a sustancias y conductas "antisociales", se consolidan patrones desadaptativos como los trastornos de personalidad y existe una mayor vulnerabilidad al desarrollo de trastornos alimentarios.

Existen numerosas investigaciones que muestran el papel de importancia que ocupan los vínculos sociales en la salud del sujeto. Zukerfeld (1999) refiere que es la calidad de los vínculos lo que parece definir la evolución de salud del sujeto.

Por su parte Fasano (2010) plantea que “Se ha podido observar que las personas o los grupos poblacionales, tanto hombre como mujeres, en toda franja

etaria, que han perdido calidad en su estructura vincular presentan morbilidad más elevada; y estos datos son congruentes con alteraciones de sus sistemas inmunológicos” (p.52).

Se sabe que la alimentación no responde solo a necesidades biológicas sino también responde a factores de índole económico, cultural y psicológico. (Álvarez, Mansilla, Martínez y López, 1998). Es decir, implica una forma de vinculación social y una manera de expresar y manejar nuestras emociones.

Los trastornos de la conducta alimentaria generan un impacto importante en la salud de la población y un indicador del reconocimiento de dicho problema es la creciente atención que organismos internacionales y estatales comenzaron a conceder a los mismos a través del desarrollo de programas de prevención y tratamiento especializados. (Gil, Candela & Rodríguez, 2003; Soldado, 2006).

En septiembre del año 2008 se sancionó en la ciudad de Buenos Aires la ley 26396 sobre trastornos alimentarios. La misma declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, comprendiendo la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación, prevención y control. Manifiesta también, la importancia de detectar adecuadamente las situaciones de vulnerabilidad y promover acciones y estrategias para abordarlas a través de una correcta orientación y/o derivación.

Se considera que la presente investigación está en consonancia con dicha ley ya que tiene como objetivo conocer si la presencia de una red vincular de sostén percibida como deficitaria constituye una situación de vulnerabilidad para el desarrollo de un TCA, en una población particular como son los estudiantes fueguinos migrantes.

En el Capítulo I se realiza un recorrido por dos de los conceptos centrales incluidos en los llamados Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), como son Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN). La problemática de estos trastornos obliga a una consideración polifactorial del tema describiendo las diferentes teorías que intentan dar respuesta.

Luego, en el Capítulo II se analiza el concepto de red vincular diferenciándolo de otras definiciones relacionadas como red social, apoyo social y capital social. También se expone la relación que existe entre lo social y su implicancia en la salud.

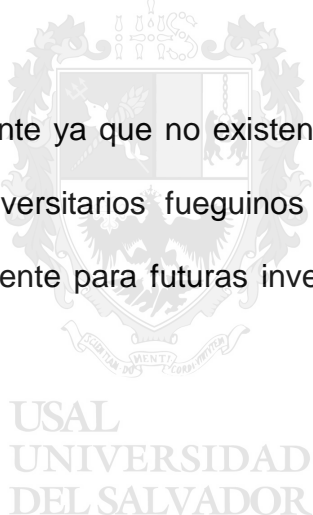
Como se trabaja con jóvenes de la provincia de Tierra del Fuego, considero importante en el Capítulo III, realizar algunas descripciones del lugar que contextualicen la realidad local, como así también la situación actual con respecto a la educación superior.

Posteriormente, se exponen en el Capítulo IV todo lo referente a los aspectos metodológicos que dan marco al presente estudio.

Finalmente, en el capítulo V se analizan e interpretan los resultados obtenidos dando lugar a discusiones, conclusiones y limitaciones del presente trabajo de investigación. Se cierra el capítulo con propuestas de futuras líneas de investigación.

Se espera que la presente investigación sea un aporte para el desarrollo de lineamientos de prevención y promoción de la salud no solo en las universidades sino también en las familias fueguinas que transitan por la experiencia de tener un hijo/a estudiando en otra provincia, teniendo en cuenta que las estrategias preventivas implementadas a tiempo pueden evitar complicaciones mayores.

El aporte es importante ya que no existen antecedentes que investiguen características de jóvenes universitarios fueguinos migrantes, por lo tanto, este trabajo pretende sentar precedente para futuras investigaciones en este campo de estudio.





USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CAPITULO I

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA)

"En una ocasión el Dios Pan intentó violar a la casta Pitis, que escapó de él metamorfoseándose en abeto, una rama la cual, llevó Pan como guirnalda.

Otra vez persiguió a la casta Siringe desde el monte Liceo hasta el río Ladón donde ella se transformó en una caña, como no pudo distinguirla del resto, cortó varias cañas al azar e hizo una siringa".

Robert Graves, Los Mitos Griegos (1901)

Definición y Criterios Diagnósticos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR revisado y publicado por la APA (American Psychological Association), los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios.

Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo, deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

A continuación, se presentarán los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria universalmente aceptados y publicados por la APA (2000) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales revisado y publicado por la APA, DSM-IV-TR (APA, 2000) incluye dos trastornos específicos: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE). En este trabajo se hará especial referencia a la AN y BN.

Por su parte la CIE-10 clasifica a los trastornos del comportamiento alimentario asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

ANOREXIA NERVIOSA (AN)

“La anorexia es una ideología de autocontrol llevado a extremos, negándose sus propias necesidades más elementales, jugando con la muerte sin jamás verla” (Morandé, 1990).

La AN es un trastorno caracterizado por la preocupación por el peso y la comida, una conducta dirigida hacia la pérdida de peso, patrones de manipulación de la comida, pérdida de peso, miedo intenso a la ganancia de peso, distorsión de la imagen corporal y amenorrea.

Criterios diagnósticos para AN según DSM IV:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo corporal considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Se describen dos tipos:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Criterios diagnósticos para AN según CIE-10

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.
- La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de 1) evitación del consumo de “alimentos que engordan”, y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-gonadal manifestándose en la mujer con amenorrea y en el varón con una pérdida de interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas).

También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina

- Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las

mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía. Se utiliza el diagnóstico de anorexia nerviosa atípica para los casos en los que falta una o más de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico.

BULIMIA NERVIOSA (BN)

La BN se caracteriza por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las pautas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en períodos de tiempo muy cortos, también llamados atracones (lo que le genera una sensación temporal de bienestar), para después eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes (conductas compensatorias). El temor por engordar afecta directamente a los sentimientos y emociones de la persona que padece este trastorno, influyendo de esta manera en su estado anímico.

La BN es el paradigma del descontrol alimentario, su concepto actual es el de un trastorno impulsivo caracterizado por episodios recurrentes de ingestión voraz de grandes cantidades de comida en un tiempo breve, seguida de conductas compensatorias destinadas a purgar el ingreso calórico que tuvo lugar. Quienes padecen esta enfermedad, suelen darse cuenta de lo anormal de su conducta, pero esa conciencia no promueve la búsqueda de una solución. (Chandler, 2001)

Criterios diagnósticos para BN según DSM IV:

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se describen dos tipos:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio

intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en excesos.

Criterios diagnósticos para BN según CIE-10

- Preocupación por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- La psicopatología consiste en miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Al igual que ocurre con la AN, se utiliza el diagnóstico de bulimia nerviosa atípica para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la BN. Nardone (2003) refiere que, si bien se intenta deslindar una entidad de

otra, la observación clínica pone en evidencia que en algunos casos se desarrolla una alternancia espontánea o provocada (por tratamientos inadecuados) entre la AN y la BN.

En ambos cuadros, hay elementos comunes (preocupación por la comida, sobrevaloración de la figura corporal, las maniobras exageradas o desproporcionadas para evitar la ganancia de peso en relación con esta sobrevaloración) y otros elementos diferenciadores (peso corporal, alteraciones en funciones fisiológicas, capacidad de autoexigencia y de control, formas de relación interpersonal).

Recalcati (2004) manifiesta que ambos trastornos son “dos caras de una misma moneda”, a pesar de que los códigos nosográficos estandarizados intentan separar a la anorexia de la bulimia. Refiere que “la anorexia indica la realización del Ideal de sujeto, mientras la bulimia representa su naufragio asociado a la irrupción de lo real pulsional en la escena del Ideal” (pág. 34).

Definición de Anorexia y Bulimia según diversos autores

- Más vale recibir la anorexia mental como una suerte de nacimiento prematuro de la adolescencia (segundo proceso de separación-individuación) que como una perversión mortífera... obra de la pulsión de muerte en el seno del masoquismo primario; el saco de huesos como un pájaro caído del nido más que como un esqueleto anticipado. (B. Brusset. citado en C. Martínez de Bagattini, 1996)

- Más vale percibir la bulimia como la búsqueda del objeto primario cuyo duelo ha sido imposible, que como una perversión del instinto de nutrición. El centramiento de la teoría se relaciona inevitablemente con una posición contratransferencial de base que posibilita o no la construcción del espacio analítico. (B. Brusset. citado en C. Martínez de Bagattini, 1996)
- “La anorexia y bulimia no son enfermedades en sí hasta que no interfieren en el bienestar físico o mental de la persona” (S. Abraham y D. Llewellyn-Jones, 1987).
- “Trastorno de la ingesta de comida caracterizada por un temor extremo a engordar, autoinanición en un esfuerzo para evitar engordar y amenorrea” (Tannenhaus, N. 1995).
- La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc.... (Toro, 1996).
- Los trastornos alimentarios a menudo se desencadenan cuando la enferma se enfrenta a un momento difícil en su vida: una transición, un trauma o una pérdida. Son más comunes en la pubertad, pero se pueden desencadenar después de la

separación de los padres o de un nuevo matrimonio de los mismos, cuando hay problemas familiares, tras la muerte de alguien cercano, cuando se cambia de colegio. (...) Estas sensaciones provocan en la enferma la sensación de haber perdido el control de la realidad que la rodea y la única forma de retomarlo es controlando su propio cuerpo, es decir, dejando de comer y adelgazando. (Lorraine, 2002, p. 53)

- La Bulimia Nerviosa se trata de un comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimentos significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingesta alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. (Toro, 1999. p.11)
- “La anorexia se define como una fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social” (García Rodríguez, 1993, p.10).
- Laurence Igoin (1986) describe a la BN como: “es un comer sin control, sin gula, sin ganas. Es comer cualquier cosa, a cualquier hora y no durante las comidas ni entre ellas. Es comer al margen de toda referencia a tiempo y lugar. Es comer por una locura que se apodera de uno y de la que resulta imposible liberarse. Es, sobre todo, comer desconociendo lo que quiere decir comer normalmente”.

Alteraciones de la conducta alimentaria (ACA)

Resulta importante mencionar en este punto lo que algunos autores como Hunot, Vizmanos, Vázquez Garibay & Celis (2008) nombran “Alteraciones de la Conducta Alimentaria” y las definen como:

Ciertas alteraciones de la conducta relacionadas con la alimentación que si bien no son indicadores patológicos forman parte de un continuum entre una alimentación normal y la presencia de un Trastorno del Comportamiento Alimentario. Las ACA se pueden considerar como “alteraciones de la conducta relacionadas con la alimentación”, “prácticas erróneas de control de peso” y la “alteración de la percepción de la imagen corporal”, con una frecuencia o intensidad relativamente alta. (p.3)

Entre las principales ACA se destacan las siguientes:

- atracarse;
- eliminar tiempos de comida;
- comer compulsivamente;
- preocupación excesiva por el contenido calórico de los alimentos;
- preocupación excesiva por la preparación de los alimentos y por los tipos de alimentos;
- actitud errónea frente a la realización de comidas,
- evitar comer con miembros de la familia o amigos;
- esconder la comida;
- tirar los alimentos;
- alteraciones en la ingesta habitual de alimentos;

- cortar los alimentos en pedazos muy pequeños;
- comedores nocturnos
- prácticas erróneas de control de peso: “estar a dieta”; llevar a cabo “dietas mágicas”; ser dietante compulsivo; ser dietante crónico; autoinducirse el vómito; usar medidas purgativas; ayunar; manifestar que no se tiene hambre o que ya se comió; tener miedo a la ganancia de peso; la frecuencia excesiva en la medición del peso corporal y la realización de ejercicio de manera desmedida
- alteración de la percepción de la imagen corporal que se expresa como: distorsión de la imagen corporal.

Fuente: Hunot, et al. 2008.

Si bien las ACA no llegan a cumplir todos los requisitos para ser diagnosticadas de TANE (Trastorno Alimentario no especificado) ni TCA es importante tenerlas en cuenta ya que pueden ser precursores del desarrollo de un TCA.

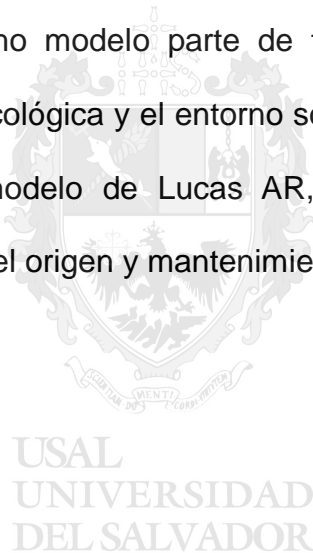
La tendencia de los últimos años en relación con las explicaciones de los TCA es considerarlos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales, surgiendo de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos.

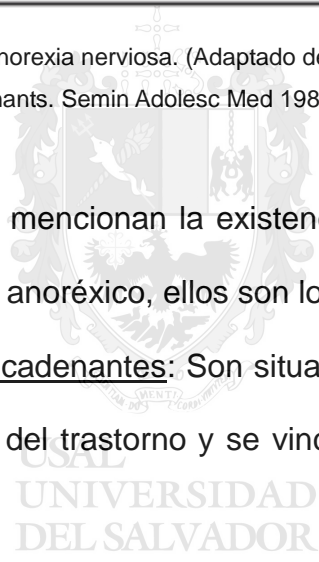
Modelos explicativos

Existen múltiples corrientes que intentan explicar los determinantes de los TCA, entre ellos mencionaré el modelo multicausal, el modelo cognitivo-conductual, los aportes que realiza el psicoanálisis, la psicosomática y la teoría sistémica.

Modelo multicausal

Este modelo trata de poner en evidencia el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que interactuarían entre sí para dar lugar a un TCA. Fue propuesto en 1981 por Lucas AR y posteriormente ampliado y modificado por Ploog & Pirke en el año 1987. Dicho modelo parte de tres factores: la vulnerabilidad biológica, la predisposición psicológica y el entorno social que interactuarían entre sí para dar lugar al TCA. El modelo de Lucas AR, da mayor importancia a los determinantes psicológicos en el origen y mantenimiento de la enfermedad.





En 1987 Toro y Vilardell mencionan la existencia de factores que intervienen en el desarrollo de un trastorno anoréxico, ellos son los siguientes:

A continuación, se detallan los factores descritos por Toro y Vilardell (1987)

- 36

- Críticas respecto al cuerpo
- Enfermedad adelgazante
- Traumatismo desfigurador
- Incremento de la actividad física
- Acontecimientos vitales

Con respecto a los factores sociales, durante muchos años se asoció gordura con buena posición económica; la moda era estar gordo. Actualmente, la moda es estar delgado por la influencia social del mito del “cuerpo ideal”. El estar delgado se asocia a salud, bienestar, desarrollo, actividad y éxito.

Esta fuerte tendencia social y cultural de considerar la delgadez como valor positivo asociándolo directamente al éxito influye de manera asombrosa en los adolescentes, principalmente las del sexo femenino quienes se encuentran transitando los cambios propios de la edad. Los cambios corporales, que en algunas ocasiones conllevan un incremento rápido de peso, una psique muy sensible a separaciones y pérdidas, así como a posibles críticas al cuerpo y a los primeros contactos sexuales dentro de unos acontecimientos vitales nuevos, pueden precipitar una patología que sólo tenía una predisposición inicial.

Los trastornos afectivos-emocionales pueden repercutir sobre la alimentación y esta alteración, a su vez, sobre los trastornos emocionales iniciales, cerrando un círculo vicioso.

Autores como Morandé (1990) y Toro (1996), consideran que la anoréxica no niega su cuerpo, sino que trata de dominarlo para valorarse a sí misma porque todos los sujetos con trastornos de alimentación tienen una baja autoestima. Apoyan este carácter de falta de autoestima como desencadenante de la enfermedad y de la negación de la vida buscando la lenta muerte.

Con respecto a los factores familiares, se ha observado que la familia de la paciente anoréxica suele ser disfuncional, acompañándose con frecuencia de alteraciones psicopatológicas de los padres. Existe en la mayor parte de los casos un núcleo familiar alterado con madre dominante, rígida, impulsiva y ambivalente, sobreprotectora con un marcado y estrecho vínculo hacia la hija. El padre suele ser pasivo, ausente e inoperante, dando lugar a un esquema familiar alterado. (Lechuga, Caro, & Guerra, 2000).

Para otros autores la patología familiar puede ser el resultado del trastorno; sin embargo, estudios de prevalencia en familias encuentran un riesgo mayor en familiares de primer grado.

Factores Predisponentes “Cualquier factor condicionante que influye tanto en el tipo como en la cantidad de recursos a los que un individuo puede recurrir para enfrentarse al estrés. Puede ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural” (Diccionario Médico Medciclopedia).

- Factores genéticos
- Factores biológicos